

боты, то эта цифра приобретает некоторое значение, тем более, что всего за это время через кабинет нервных болезней прошло 7 человек душевно-больных: из них 3 падает на острые случаи, неоднократно бывавшие в прошлом в специальных закрытых учреждениях для душевно-больных, а 4 — на острые психозы с первичным обращением. И если из этих 4 случаев 3 приходится на малярию, то об этом молчать нельзя.

Мы не даем статистики малярийных психозов, но можно полагать, что эта цифра не так уже мала, как это кажется на первый взгляд. Из наших 3 случаев один остался нераспознанным (больной Ю.). Из статьи Вьясновского видно, что из 3 приведенных им для примера историй болезни был 1 нераспознанный случай, который так же, как и у нас, лечился мышьяком и выписан под диагнозом «инфекционный психоз».

В ы в о д ы: 1) Малярийные психозы, повидимому, встречаются значительно чаще, чем их диагностируют на практике.

2) Малярийные психозы могут протекать без выраженных явлений малярии: без температуры, без прощупываемой селезенки и других характерных для малярии признаков.

3) Благоприятный эффект общеукрепляющего лечения мышьяком может давать повод к неправильным диагностическим выводам.

Из хир. отд. 1-й сов. больницы г. Полтавы (глав. врач И. Г. Синиченко, зав. хир. отд. С. М. Эйбер).

О ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВАХ СЕЛЕЗЕНКИ.

И. Э. Сандуковский.

Большинство сообщений о разрывах селезенки касается тропических стран, где малярия является эндемическим заболеванием. Глаулорд, работая в Индии, собрал 477 случаев разрыва селезенки. У нас в Союзе большинство работ по патологии селезенки исходит также из малярийных мест. Много работали по данному вопросу Финкельштейн, Березнеговский, Флоровский, Березов, Фаерман и др. Статистика травматических повреждений селезенки сводится к следующему: у Рокицкого за 15 лет было 7 случаев, у Герцена за 10 лет—2 случая, у Гильдебранда за тот же промежуток времени—4 случая, а у Подобедова на 83 случая подкожных повреждений органов брюшной полости, с 1913 по 1920 год было 6 повреждений селезенки. У Финкельштейна разрывы селезенки занимают $\frac{1}{3}$ (30%) всех подкожных повреждений органов брюшной полости.

Наш материал составляет 5 случаев (3 смерти) травматического повреждения селезенки. По возрасту и полу наши больные распределяются так: 1 старик—70 лет, двое мужчин 27 и 35 лет, 1 женщина—30 лет и мальчик 8 лет. Малярией болели один мужчина и мальчик.

Характерны истории болезни трех больных:

Случай 1-й. История болезни № 8593. Г., 30 лет. Доставлена 28.X.35 г. с диагнозом: внематочная беременность. Из анамнеза выяснено, что за 5 дней до поступления в больницу, во время ссоры, муж нанес ей удар кулаком в левый бок. Больная продолжала работать. В день поступления в больницу, во время работы, больная почувствовала себя плохо, было обморочное состояние. Задержка мenses на 5 дней. При поступлении состояние больной тяжелое, язык сухой, пульс 110, тоны сердца глуховаты, живот вздут, напряжен, болезнен при пальпации. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. *Per vaginam* — выпячивание левого свода. С диагнозом «внематочная беременность» больная взята в операционную. На операционном столе точно выяснено заболевание — разрыв селезенки. Произведена спленектомия. Рана зашита наглухо. 29.XI. 35 г. больная выписывается в хорошем состоянии. Препарат: нормальная селезеночная ткань. При осмотре препарата определена трещина, идущая с внутренней стороны, через нижний сегмент на наружную часть. Вокруг трещины капсула разорвана. Повреждение капсулы главным образом локализовалось у ножки.

Случай 2-й. Ист. б. № 713. Ч., 27 л., поступил 31.XII. 35 г. из другой больницы города, для производства экстренной операции. Со слов лечащего врача выяснено, что за 4 дня до поступления в больницу для лечения больному был нанесен удар в левый бок. С момента удара у больного появились резкие боли в левом боку, усиливавшиеся при глубоком вздохе. Больной был отправлен в больницу с диагнозом «плеврит» и принимал консервативное лечение; на 3-й день нахождения в больнице у больного внезапно появилась резкая, прогрессирующая бледность, пульс стал частым (120), дыхание учащенное, в брюшной полости определена свободная жидкость. Больной под диагнозом «разрыв селезенки» — взят в операционную. Желудок предварительно промыт. По вскрытии брюшной полости вылилось много крови. Часть крови (800,0) удалась собрать. По удалении крови приступлено к осмотру органов брюшной полости. Оказалось повреждение селезенки. Приступлено к перевязке сосудов *vlig. gastrolienale*, облегчен доступ к ножке селезенки. Произведена спленектомия. Кровь собрана, но из-за наступившего гемолиза реинфузия произведена не удалось. Рана зашита наглухо. На другой день самочувствие больного плохое, пульс частый, плохого наполнения. Произведена трансфузия крови (400,0), но состояние больного не улучшилось, и к вечеру он умер.

Случай 3-й. Ист. б. № 2526. Ш., 35 л., 22.III. 36 г. поступил с жалобами на боли в левой голени и грудной клетке. Со слов больного боли появились после того, как его сшиб с ног автомобиль. Больной потерял сознание и в таком состоянии был отправлен в больницу. При опросе больной отвечал на все вопросы. Видимые слизистые бледны. На левой голени, в средней трети, имеется перелом обеих костей. Жалуется на боли в грудной клетке. Живот мягок, болезненности при пальпации не отмечается. Решено наблюдать больного. Через 3 часа после доставления в больницу, бледность стала нарастать, пульс учащаться, больной стал беспокойным. Ввиду явных признаков внутреннего кровотечения приступлено к экстренной операции. *Laparotomia mediana* с дополнительным левосторонним боковым разрезом. По вскрытии брюшной полости обнаружена свободная кровь. Собрано около 600,0 крови для реинфузии, которая произведена на операционном столе. Удалена разорванная на внутренней стороне нормальной величины селезенка. Брюшная полость зашита наглухо. Через 4 часа сердечная слабость стала нарастать и в 9 ч. 50 м. вечера больной умер.

Характерными особенностями этих случаев является прежде всего запоздалое кровотечение (в первом случае 5 дней, во 2-м — 3 дня и в 3-м — 3 часа), относительно хорошее самочувствие больных в период между травмой и наступившим кровотечением, трудность установления диагноза.

В отношении остальных двух наших случаев, укажем лишь на

гладкое послеоперационное течение болезни у мальчика, приведшее его к выздоровлению.

Гельфарт описал случай несомненного двухмоментного разрыва селезенки, причем он собрал 11 случаев самотампонады этого органа салником или сгустком крови, которые под влиянием различных причин отрывались и давали последующее кровотечение. Вильденков сообщил о таких 3 случаях. Три наших случая полностью могут быть присоединены к ним. Запоздалые кровотечения зависят от патолого-анатомических изменений при разрывах селезенки. Эти изменения укладываются в следующую схему: 1) образование подкапсулярной гематомы, 2) изолированный разрыв капсулы, 3) разрушение селезеночной пульпы.

I. При первом виде повреждения кровь скопляется под капсулой и при целостности последней не изливается в брюшную полость. В таком виде болезнь может тянуться несколько дней и в некоторых случаях гематома, затампонировав селезенку, может рассосаться и больной выздоровеет. В некоторых случаях вследствие продолжающегося поступления крови, либо из-за какой-либо внешней причины вплоть до грубой пальпации живота, капсула лопается, и тогда кровь начинает изливаться в брюшную полость. Отсюда понятны ошибочные диагнозы, тем более при таких относительно легких травмах, как в первых наших двух случаях. Известны случаи ошибок хирургов, наблюдавших больных с подкапсулярной гематомой. Удовлетворительное состояние больных, долгий срок, прошедший между травмой и поступлением больного для лечения приводят хирургов к ошибочному диагнозу. В случаях Гартля, Циттса капсула разрывалась на 3-й день, давая внутреннее кровотечение.

II. При изолированных разрывах капсулы можно во время производства операции недооценить степень повреждения селезенки и, проглядев повреждение самой пульпы органа, ограничиться лишь наложением швов на капсулу, поставив больного под угрозу вторичного кровотечения. Клерман, Керте, Березнеговский считают, что все сохраняющие селезенку способы являются пока более опасными, чем надежная спленектомия.

Из приведенных сообщений видно, что распознавание разрывов селезенки без явных поверхностных повреждений, представляется одной из трудных глав брюшной хирургии. Точно установлено, что состояние и судьба больного зависят от многих причин, главными из них являются характер повреждения и время, протекшее от момента травмы. Источник ошибок заключается, с одной стороны, в характере строения селезенки, а с другой, — в механизме повреждения.

При третьем виде повреждения селезенки, когда разрушена пульпа и пальпацией органа определяется размозжение его, хирург производит спленектомию.

Как известно, селезенка представляет собой орган, состоящий из очень нежной паренхимы и трабекул, между которыми находится основная масса органа — кровь. Селезенка заключена в капсулу, которая у *hulus'a* наиболее плотна и интимно сращена с ве-

ществом селезенки. В связи с таким строением органа объясняется теория Бергера, рассматривающая селезенку как пузырь, наполненный жидкостью. Бергер указывает, что в механизме разрывов имеет значение закон Паскаля о равномерной передаче давления жидкости во все стороны. При ударе в левый бок селезенка лопается, как пузырь (эта теория разделяется не всеми авторами). Шенверт считает, что при ударе получается рефлекторно вдох, селезенка верхним полюсом упирается в сократившуюся и спустившуюся диафрагму, а нижним сдвигается книзу и вправо, упираясь в 10-е ребро. Это ребро соответствует продольной оси селезенки. При ударе о ребро оба полюса селезенки сближаются, селезенка утолщается и получается разрыв на вогнутой стороне. Из всего комплекса симптомов наиболее резко проявляются: 1) боль и 2) явления внутреннего кровотечения. Локализирующаяся боль в левом подреберье иррадирует в левое плечо. Такая иррадиация наблюдалась в одном из наших случаев и ввела в заблуждение лечащего врача, принявшего данное заболевание за травматический плеврит. Некоторые авторы (Меткаф, Флетчер) настолько считают эти боли постоянными, что при наличии одновременно и явлений внутреннего кровотечения, не разыскивая других симптомов, ставят диагноз — разрыв селезенки. Вздутие живота при подкажных повреждениях селезенки большой роли не играет; наоборот, Гейнеке, Лежар, Лексер считают, что первичный метеоризм (*meteorismus de mblée*) говорит против повреждения органа брюшной полости. По их мнению, сильное сокращение мышц, наблюдающееся при разрыве органов брюшной полости, препятствует вздутию кишечника. При перкуссии иногда наблюдается притупление в области селезенки, исчезающее при поворачивании больного. Иногда приходится выждать 10—15 минут, пока кровь, скопившаяся между петлями кишок и желудком, переместится в другую сторону. Френкель и Гаген обращают внимание на повышение температуры в *gestum* (иногда до 38°). Кэню выдвигает симптом «позднего обморока», который можно иногда наблюдать через 10 часов после травмы. Левренц и Нетцель придаст большое значение ограниченной произвольной сильной боли в животе.

Кровотечение из селезенки и других органов, главным образом печени, различны. Эта разница подтверждается и нашим материалом. При повреждении печени мы неоднократно отмечали непосредственное нарастание явлений кровотечения после травмы. Это облегчает распознавание заболевания и ведет к своевременному вмешательству. При разрыве селезенки совершенно другая клиническая картина. Своеобразие это, согласно клиническим и экспериментальным данным, зависит от особенного свойства этого органа (Брайцев, Колесников, Баркрофт). При повреждении селезенка стойко сокращается и тем самым останавливается кровотечение. Печень не сокращается, а наоборот, как указывает Брайцев, увеличивается в объеме, вызывая застой крови в ней и фактически тем самым усиливая кровотечение. Вполне понятно, что величина и характер ранения имеют большое значение. Брай-

цев указывает что при кровоизлиянии в 2—2,5 литра больной может остаться живых. В одном из наших случаев мы удалили из брюшной полости около 2 литров крови и больной выздоровел.

Лечение подкожных разрывов селезенки может быть консервативным и оперативным. Консервативное лечение дает 85—90% смертности, хирургическое—40% (Березнеговский, Финкельштейн). Чем моложе больной, тем легче переносит он операцию, до 20 лет—процент смертности 14, после 20—32% (Кэню).

При открытых повреждениях показания и методика операции ясны. Хирургу легко ориентироваться в избрании разреза, хотя некоторые авторы (Самгородский, Клерман, Керте) считают, что место разреза безразлично.

В американской литературе мы встретили сообщения по вопросу о технике спленектомии. Считаю нелишним на ней остановиться, тем более, что в последнем случае она нами была успешно применена. Эта техника заключается, главным образом, в том, чтобы в первую очередь перевязать связку между желудком и селезенкой (lig. gastrosplenicale). В этой связке находятся сосуды, питающие селезенку и, лишь после лигирования этих сосудов в этой связке, можно приступить к перевязке истинной ножки. Перед операцией необходимо освободить желудок от содержимого, тем самым подход к селезенке будет облегчен.

Предлагается четыре разреза: 1) срединный, который показан при травматических повреждениях селезенки, когда является необходимость произвести осмотр всех органов брюшной полости (печени, желудка и др.). 2) параректальный, 3) трансректальный, когда предполагается, что селезенка в спайках и 4) параллельно реберной дуге, напоминающий Кюхеровский разрез при операциях на печени.

Всем разрезам должны быть предъявлены следующие требования: 1) они должны быть достаточны, чтобы давать возможность свободно манипулировать в брюшной полости, 2) давать возможность произвести хорошо гемостаз и 3) хорошо зашиваться, чтобы не было послеоперационных грыж. Если во время операции находят добавочную селезенку, ни в коем случае удалять ее нельзя.

Важным является вопрос о дальнейшем состоянии больных, у которых удалена поврежденная селезенка. Наблюдения над спленектомизированными больными указывают на значительные изменения в морфологии крови. У них наблюдается постоянный лейко-и лимфоцитоз. Реже—эозинофилия. Березов указывает, что в виде исключения наблюдается моноцитоз. Через несколько месяцев после операции находили увеличение количества эритроцитов (6,5—7 млн).

В эксперименте у спленектомизированных животных обычно наблюдается полицитемия. Имеются самые разнообразные мнения о механизме увеличения красных кровяных шариков. Одни авторы (Гиршфельд, Ашер, Франк) считают, что с удалением селезенки исчезает угнетение функции костного мозга, который де-

дается более активным в кроветворении. Зальбергер связывает полицитемию с выпавшей гемолизирующей функцией селезенки. Эритроциты, лишённые своего «кладбища», погибают в кровяном русле, а продукты распада их, раздражая костный мозг, ведут его к усиленной дееспособности—полицитемии (Страдомский).

Понижение гемоглобина связывают с нарушением в обмене железа. Известно, что селезенка играет большую роль в этом процессе. По мнению Тедески, она богаче всех других органов железом. Влияние селезенки на тромбоцитоз выявлено работами Франка и Кацнельсона. Селезенка, по данным Кацнельсона, Ашоффа, является вырабатывающим тромбоциты органом.

Вот почему у спленектомированных животных и людей вырабатывается резкий тромбоцитоз. У человека лимфоцитоз наблюдается в начале 2-й недели после операции и держится довольно долго—год и даже больше. Появление лимфоцитоза, в противовес прежнему взгляду, связывают в настоящее время не с викарирующей функцией лимфатического аппарата, а с выпадением гормональной функции селезенки (Фальета, Бертелли, Швегер).

Хотя удаление селезенки и не угрожает непосредственно жизни больного, но может отражаться на функции других важных органов. У спленектомированных больных наблюдается иногда гиперплазия лимфатических желез. Эпингер указывает на изменения в печени. В ней, наряду с развитием лимфоидной ткани («селезенка в печени» Ашоффер) могут появляться болезни печени спленогенного происхождения, так наз. спленогенный цирроз печени.

С другой стороны, Архангельская—Левина указывает на викарные изменения в р. э. с. у спленектомированных животных: вместо отсутствующей селезенки во многих местах появляются образования, по своему строению напоминающие селезенку. Кютнер, Фальтин и др. указывают на множественные узелки, состоящие гистологически из селезеночной ткани и расположенные на брюшине. Эккель, Фреер, Мак-Дени описали случаи, когда при реллапаротомии у спленектомированного больного нашли на месте удаленной селезенки новую—нормальную. Вот почему нельзя удалять добавочных селезенок,—из них может в дальнейшем образоваться новая селезенка.

Функции селезенки состоят в гемолизе, регуляции крови, корреляции с органами внутренней секреции, участии в обмене веществ. Понятно, что в некоторых случаях, даже при действии мобилизованной р. э. с. не происходит полного восстановления функции селезенки. Вот почему у спленектомированных больных наблюдаются иногда явления в виде поносов, булимии, атонии кишечника и пониженного иммунитета.
